介護保険負担限度額認定申請書（特例減免措置）

年　　　月　　　日

男鹿市長　あて

次のとおり関係書類を添えて食費・居住費に係る負担限度額認定（特例減免措置）を申請します。

１．本人

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |  |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 入居施設名 |  | 入所年月日 | 　　　年　　月　　日 | 契約書等写し有 | 確認□ |

２．申請者（※申請者が被保険者本人の場合は記載不要）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | 続柄 |  |
| 申請者住所 | 〒電話番号 |

３．本人および本人と同一の世帯に属する方（または属するとみなされる方）は、下記の同意書欄もご記入ください。

同　意　書

男鹿市長　あて

　介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び配偶者（内縁関係者の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、男鹿市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 被保険者との関係 | 生年月日 | 住所 |
|  | 本人 |  |  |
|  | 配偶者 |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。